



Humanização do parto e nascimento e suas evidências científicas: uma revisão da literatura

Humanization of childbirth and its scientific evidence: review of literature

**Fabrcio da Cunha Moraes¹, Silvânia Beatriz de Souza Gomez¹, Elba Gonçalves Ramos Batista¹,
Luana Vilas Boas¹, Cláudio Antônio da Silva Júnior^{1*}**

Submetido: 10/06/2020

Aceito: 06/09/2020

Resumo

O presente artigo reflete sobre a história do processo do parto e do nascimento. No passado, a assistência ao parto focava em práticas assistenciais desfavoráveis à escolha da mulher frente ao nascimento de seus filhos. As práticas realizadas por esses profissionais eram focadas no seu próprio conforto e praticidade frente ao parto sem levar em consideração o desejo das parturientes onde estas eram submetidas a manobras e posições no momento do parto muito desconfortáveis relatado por elas o que dificultava o nascimento. De acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o nascimento atualmente deve ser pautado na melhoria assistencial e ao apoio puerperal, tornando assim o parto e o nascimento mais humano e respeitoso. Os profissionais na nova visão obstétrica têm a responsabilidade de explicar os procedimentos que podem ser executados, descrevendo o que será bom e ruim, orientando e instruindo as gestantes para as melhores escolhas. Na visão obstétrica atual, os profissionais estão responsáveis por não permitir manobras proibidas de violência ao corpo, ao psicológico e ao emocional da gestante, parturiente e puérpera. Inúmeras pesquisas têm sido feitas a respeito desse tema. A OMS demonstra que práticas como melhor posicionamento da gestante, redução no uso de manobras invasivas no procedimento do parto e o acolhimento das decisões das mulheres contribuem para um benefício para o nascimento. Dessa forma, o presente estudo tem como finalidade evidenciar, a partir de uma revisão da literatura, quais as práticas no processo de humanização do parto.

Palavras-chave: Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Obstetrícia, Violência Institucional.

¹Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ***Endereço para correspondência:** Cláudio Antônio da Silva Júnior. Rua Domingos Vieira, 590, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, CEP: 30.140-670. Telefone: +55 (31) 9 9854 0401. E-mail:claudiojunior.biologia@gmail.com. Declaração de Conflitos de Interesse: Nada a declarar.

Abstract

This article reports on the history of childbirth and birth process. In the past, childbirth care focused on care practices unfavorable to woman's choice in view of the birth of her children. The practices carried out by these professionals were focused on their own comfort and gumption in face of childbirth, without taking the parturients desire into account, in which they were subjected to very uncomfortable maneuvers and positions at the time of childbirth reported by them, which made birth difficult. According to the Ministry of Health and the World Health Organization (WHO), birth nowadays should be based on assistance improvement and puerperal support, thus making childbirth and birth more human and respectful. Professionals in the new obstetric view are responsible for explaining the procedures that can be obtained, describing what will be good and bad, guiding and instructing pregnant women to make the best choices. In the current obstetric view, professionals are responsible for not allowing prohibited psychological, emotional and physical violence to the pregnant, parturient and puerperal women. Much research has been done on this topic. The WHO demonstrates that practices such as better positioning of the pregnant woman, reduction in the use of invasive maneuvers in the delivery procedure and acceptance of women's decisions contribute to a birth benefit. Thus, this study has the means to show, based on a literature review, which practices are involved in the humanization process of childbirth.

Keywords: Nursing, Obstetric Nursing, Obstetrics, Institutional Violence.

Introdução

No Brasil, a implementação da política de humanização do parto e nascimento ainda representa um grande desafio. A humanização na atenção à parturiente é descrita como uma atuação respeitosa à fisiologia feminina e a não intervenção no processo de nascimento, reconhecendo a capacidade da mulher de parir seu filho. São considerados os aspectos sociais e culturais do parto, devendo ser oferecido suporte emocional e psicológico à mulher e seus familiares, contribuindo assim para criar e fortalecer os laços afetivos da família e da mãe-bebê^{1, 2, 3}.

É importante respeitar as escolhas da mulher, tais como quem poderá acompanhar o parto, sejam os profissionais como os familiares de sua escolha. É necessário que os profissionais de saúde e a equipe médica esclareçam todos os procedimentos os quais a mulher for submetida. Atitudes como esta estão de acordo com o respeito a sua autonomia e principalmente ao seu direito como cidadã. O paradigma humanista está centrado no protagonismo da mulher, no respeito aos direitos e desejos para o seu parto e na atuação da equipe interdisciplinar fundamentada na medicina baseada em evidências^{4, 5}.

O modelo de atenção ao parto no Brasil ainda está prioritariamente centrado em um processo não fisiológico do modelo biomédico, que visualiza o nascimento como um procedimento médico e a mulher como defectiva. Prioriza o uso de tecnologias, tanto em formas de insumos, como na forma organizacional “*Taylorista*”, focalizado na produção em série e na organização do parto. Assim, a mulher é comandada acerca do que deve fazer ou não durante o parto e, seus desejos, anseios e fisiologia, são desconsiderados. Práticas médicas antigas como a posição litotômica para o parto, episiotomia de rotina, tricotomia, enema, puxos dirigidos, entre outras práticas, muitas vezes não possuem embasamento científico, objetivando que o parir seja o mais prático para os profissionais e o mais rápido possível¹³.

Estudos recentes, em maternidades públicas, evidenciaram situações de más práticas de profissionais da saúde com relação às pacientes durante o trabalho de parto. Essas práticas incluem: não permitir que a parturiente caminhe ou ingira uma dieta leve durante o trabalho de parto, o uso de ocitocina sintética para acelerar o período de dilatação e o uso rotineiro de episiotomia^{4, 5, 6}.

Diversas estratégias vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde no sentido de fortalecer as práticas para humanização do parto e nascimento, dentre essas, pode-se destacar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Cegonha (RC). A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi uma estratégia lançada em 1991 pela UNICEF em conjunto da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem como intuito promover o aleitamento materno por meio de políticas de incentivos em âmbito hospitalar, promovendo estratégias e treinamento de equipes e profissionais da saúde, sobretudo em países em desenvolvimento. A Rede Cegonha foi uma estratégia lançada em 2011 pelo Governo Federal em parceria com o Ministério da Saúde, que consiste em proporcionar as gestantes uma melhor qualidade de vida e bem estar no período de gestação, parto, pós-parto, e, promover acompanhamento da criança até dois anos de vida. Tais estratégias têm como objetivo reduzir a mortalidade infantil e garantir os direitos das mulheres e da criança com base em um modelo de atenção ao parto e ao nascimento^{3, 7}. Recentemente, também foi promulgada a Resolução 1153/14 de 2011, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e estabelece o critério global Cuidado Amigo da Mulher que requer práticas que permitam escolher livremente um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

Dentre essas ações destacam-se: ingerir líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto; incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto e a adotar posições de sua escolha durante o parto; garantir a mulher ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor como o uso de bola Suíça, massagens, banho no chuveiro entre outros³. É necessário também assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos como rupturas de membrana e a indução do parto através de cesarianas. Esses procedimentos ainda são feitos em larga escala, e, a menos que tenha indicação médica para a realização dessas práticas, se faz necessário a orientação e autorização da mulher. A Iniciativa Amigo da Criança recebe avaliações trienais e o não cumprimento dessas práticas prevê o descredenciamento da instituição^{3, 7}.

Nessa perspectiva, dentro da Rede Cegonha podemos destacar o papel do enfermeiro, pois dentre os profissionais que atuam na atenção ao

parto, este tem papel de promover, fortalecer e assegurar a atenção à saúde da mulher e da criança. O enfermeiro obstetra constrói junto a gestante o vínculo que irá transformar o seu trabalho de parto mais humanizado. Esse profissional trabalha melhorando os processos de humanização com ações que irão respeitar os desejos das gestantes. Dessa forma é de extrema necessidade a interação do enfermeiro junto à equipe multidisciplinar e que eles estejam comprometidos e engajados na humanização do parto e nascimento^{3,5,6}.

Com isso, a Rede Cegonha junto ao ministério da Saúde vem estabelecendo medidas que estimulam a formação de enfermeiros obstetras para que esses assistam aos partos de risco habitual, efetivadas pela ampliação das residências em enfermagem obstétrica e oferecimento de curso nessa especialidade para profissionais atuantes em maternidades e centros obstétricos da Rede^{3,7}.

Materiais e Métodos

Para a realização da pesquisa, foi realizada uma busca nas plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram usados os seguintes descritores: “*Enfermagem Obstétrica*”, “*Obstetrícia*”, “*Violência Institucional*” e “*Enfermagem*”. Foi realizada a busca em um período retrospectivo de 20 anos (julho de 2008 a julho de 2018). Os estudos inclusos para a pesquisa foram todos aqueles em português, incluídos artigos originais, revisão, dissertações ou teses. Os estudos excluídos foram todos aqueles que não descrevem os contextos de humanização no nascimento e publicados em inglês ou espanhol.

Resultados e Discussão

No Brasil, a assistência ao parto começou a ser realizada pelas parteiras no século XIX. O momento do parto era uma vivência feminina, onde eram descritas parteiras, obstetras e as enfermeiras obstétricas. Além do envolvimento da própria condição feminina, no passado, eram detentoras de um saber que significava poder, prestígio e competência. Mas a arte de partejar conhecida milenarmente, constituída por saberes femininos, com saberes populares, e orientados pelas experiências vividas, acabou se perdendo com processo de medicalização da sociedade. Tal prática foi transformada em saber-poder-fazer da sociedade, e nesse contexto, entraram em cena a

medicina e seus instrumentos, fazendo com que as parteiras fossem deixadas em segundo plano e as mulheres aos poucos foram perdendo espaço sobre os acontecimentos que marcavam o nascimento⁸.

Nesse contexto, na busca a formação das parteiras certificadas, as Faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro, no século XIX, deram início a formação de parteiras legais, parteiras diplomadas, parteiras examinadas, médicos e posteriormente enfermeiras para esse cenário do parto. Assim, inseriu novamente profissionais que fossem qualificados para um atendimento dos partos de baixo risco as parturientes⁹.

A palavra humanizar traduz-se como tornar humano, dar benévolo, ato de humanização, dar condição humana, civilizar, afável, tratável. Dentro das perspectivas filosóficas se traduz como um ideal livre e inclusivo de manifestações dos sujeitos na organização das práticas sociais, como também nas práticas de saúde, permitindo uma construção de valores e verdade no atendimento ao próximo¹⁰. A humanização, quando descrita na atenção ao parto, faz refletir sobre como está ocorrendo o atendimento às parturientes, o uso abusivo de procedimentos e medicações descreve uma forma diferente do apoio que elas deveriam ter da equipe^{10, 11}. Esses fatos levam a refletir onde começam as falhas e se podem ser modificadas. O sofrimento psicológico gerado distorce a visão do parto humanizado¹². A humanização na assistência é claramente descrita como uma atuação respeitosa à fisiologia da mulher, não alterando esse processo com intervenções desnecessárias, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto, oferecendo o suporte emocional e psicológico à mulher e seus familiares, criando e fortalecendo os laços afetivos da família e da mãe-bebê.

No plano de parto, a escolha da mulher quanto ao tipo parto, quem poderá assistir, os profissionais e os familiares de sua escolha, com a explicação de todos os procedimentos que ela será submetida, e principalmente, ter suas escolhas respeitadas^{12, 13}.

No século XX, o parto passou ser predominantemente hospitalar, após a segunda guerra mundial, houve a inclusão de rotinas cirúrgicas, como por exemplo, episiotomia e fórceps profilático. A partir daí, o ato de partejar e dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva, de vivência no ambiente domiciliar para

a mulher e sua família, se transforma em uma experiência hospitalar. Muitos procedimentos foram usados com a principal finalidade de treinamento de acadêmicos de medicina e treinamento de obstetizes⁸.

Analisando as descrições e a realidade brasileira, observa-se um declínio no momento do nascimento e na humanização da parturiente. Estudos apresentados por Wolff et al. (2008), Oliveira et al. (2012) e Aguiar et al. (2011), descrevem-se a negligência na assistência, a discriminação social, a violência verbal (grosserias ditas, ameaças, gritos, humilhação intencional), a violência física (incluindo o não uso de medicações analgésicas quando necessárias), e até mesmo o abuso sexual. Além disso, o uso abusivo de intervenções e procedimentos que fogem das evidências científicas leva a potenciais riscos e sequelas, considerando todos esses aspectos como violência obstétrica^{4, 14, 15}.

A violência obstétrica também é entendida como desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde, incluindo violência física, humilhação profunda e abusos verbais. Os procedimentos médicos coercivos ou não consentidos como, por exemplo, a esterilização, a falta de confidencialidade, a não obtenção de consentimentos esclarecidos antes da realização de procedimentos invasivos e a recusa de administração de analgésicos, levam a graves violações de privacidade^{4,6,8}. A recusa de internação nas instituições de saúde, cuidados negligentes durante o parto podem levar a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida. Outra situação recorrente é a detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Dentro dessas formas de abusos e desrespeitos muitas mulheres adolescentes principalmente solteiras e de baixo nível-socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e portadoras do vírus HIV são mais vulneráveis para serem destratadas por profissionais da saúde^{14, 15, 16}.

As práticas baseadas em evidências científicas, descritas nas diretrizes da OMS destacam que o parto não precisa ser controlado, pois é fisiológico, é somente, necessário prestar os cuidados, deixando as parturientes seguras e acolhidas. O primeiro contato da paciente com o serviço de saúde precisa ser baseado em ações pautadas no acolhimento e atenção às demandas de

saúde, refletindo um cuidado qualificado e humanizado. A humanização do parto pode ser conceituada e entendida como um movimento focado na individualidade e singularidade feminina, em que há a valorização do protagonismo da mulher, respeitando suas crenças e valores¹⁷.

O Ministério da Saúde preconiza locais de acolhimento às parturientes, não podendo ser hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, proibindo a mulher de descrever seus sentimentos e desejos. Há também, o encorajamento da presença de um acompanhante^{3,19} e deve ser preservada a presença da mãe com o recém-nascido, pois dessa forma alcança-se a alegria, bem-estar e satisfação da puerpera³.

A família se enquadra no contexto de atenção ao parto como fator importante. Dessa forma, se trabalha um contexto de união e respeito pelas questões de amor e preocupação, respeitando à questão de crenças, valores culturais, necessidade e expectativas relacionadas à gravidez, ao parto e ao nascimento^{3,20}. Nessa questão, também se sabe da importância do direito ao acompanhante, que está regulamentado pela Lei nº 11.108, sancionada em abril de 2005, onde à mulher tem direito ao acompanhante 24 horas por dia enquanto estiver em uma instituição que preste atendimento ao processo gravídico puerperal¹³.

O plano de parto deve ser informativo e conter orientações para à mulher, sendo explicados todos os direitos e alternativas disponíveis na atenção ao parto, seja ele com ou sem intercorrências. Refletindo com o profissional, a mulher é quem decide o local onde aconteça o seu parto e com quem o parto será realizado. Como descrito anteriormente, no plano de parto a mulher também decide qual o familiar que irá acompanhar seu trabalho de parto, dessa forma lhe é proporcionado empoderamento em suas decisões^{20, 21}. Preconiza-se a autonomia e respeito à mulher, não inferiorizando seu poder sobre seu corpo e na tomada de decisões, não usar forma diminutiva do seu nome ou usar apelidos íntimos, tais como: mãezinha, dona Maria, etc. A mulher deve ser chamada pelo seu nome e sem a utilização de palavras grosseiras, violentas. Mesmo que sutis essas formas são inadmissíveis³.

Com o intuito de ofertar uma assistência multiprofissional e reforçar o empoderamento da mulher, o Ministério da Saúde vem buscando cada

vez mais a atuação de diversos profissionais no processo de nascimento, pois enfermeiras obstetras, doulas, psicólogos, obstetras, educadores perinatais, entre outros, já fazem parte da continuação do avanço nas práticas de parturição em nosso país³, juntamente com o profissional médico.

Neste processo de Parturição, pode-se observar que determinadas práticas não devem mais ser utilizadas, pois tornaram-se desnecessárias, como: a dieta proibida, o enema e a tricotomia dos pelos pubianos, que ainda são realizadas em muitas instituições, sem indicação. Também considera-se o apoio que a mulher deve receber emocionalmente e psicologicamente, este proveniente da família e dos profissionais que auxiliam nesse momento de parturição, considerando-se também práticas como o deambular e a imersão do corpo na água como meios de amenizar a dor e confortar o corpo que está se preparando para o momento da expulsão, o qual gera dores e desconfortos para a mulher³.

A resistência em se oferecer uma dieta líquida, durante o trabalho de parto está ligada ao receio de uma complicação durante o processo do parto e a necessidade de uma intervenção e uso de anestesia geral, levando ao risco de uma aspiração de conteúdo estomacal. Esse risco é diretamente ligado ao uso da anestesia geral, que é pouco usada durante o trabalho de parto ou parto propriamente dito. No entanto, estudos demonstraram que o uso de dieta leve e líquida não tem proibição ou oferece riscos a parturiente, podendo assim, auxiliar no bem-estar, diminuindo as chances de desidratação e nos desconfortos gástricos que a falta de alimentação e líquidos pode gerar nesse longo processo de parturição^{3,22}.

O enema evacuante de rotina é dito como o procedimento de alívio e diminuição nos riscos de contaminação no nascimento, mas pesquisas realizadas revelaram que não interfere na contaminação do recém-nascido. Na verdade, esse procedimento se torna um desrespeito ao momento de parturição, levando a mulher a um desconforto desnecessário^{3, 23}.

A tricotomia dos pelos pubianos é dita como a forma de diminuição no risco de infecção e facilita no processo de sutura perianal em caso de episiotomia ou laceração de tecido. Estudos apontam que não há evidências de riscos de

infecção ou que impossibilite ou dificulte a sutura se necessária^{3, 23, 24}.

Quando as dores começam a se apresentar, o conjunto família, profissionais, local, movimentação da mulher, manobras de diminuição deste sintoma e a busca de formas de aumentar o conforto para a parturiente são meios de tranquilizar e conseguir alcançar o objetivo final, um parto tranquilo, respeitoso e humanizado, sendo, os desejos da mulher ouvidos e da melhor forma buscar essa satisfação^{3, 22}.

No período expulsivo as posições mais usadas eram aquelas que a mulher ficava verticalizada, mas com o parto passou a ser assistido em ambiente hospitalar e sob a supervisão da classe médica, o parto de cócoras, como muitas vezes preferência da mulher, este momento passou a ser argumentado como posição de risco. Então, usa-se a posição de litotomia, onde a mulher não se movimenta, não escolhe e simplesmente, obedece^{3,23,25}.

Estudos realizados envolvendo 7.280 mulheres demonstraram que o uso da posição vertical ou lateral diminuem os relatos de dores fortes/intensas, diminuem o uso de episiotomia ou o uso de instrumentos no parto, reduzem anormalidades nos padrões de frequência cardíaca fetais, pequeno aumento nas taxas de lacerações perineais e uma perda sanguínea maior que 500 ml. Contudo, os benefícios de um parto em posições confortáveis e de escolha da parturiente são a melhor opção para o nascimento e recuperação da puerpera³.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que vem sendo utilizado mundialmente, defendido como o procedimento que diminui as lacerações perineais de terceiro grau, preservando a musculatura perineal e função sexual, reduzindo a incontinência fecal e urinária. É descrita como uma incisão reta e limpa, de fácil reparação e com melhor cicatrização que uma laceração. No entanto, o que vem sendo descrito pelos estudos recentes, é que tem ocorrido uma extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, levando a resultados anatômicos insatisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento de perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual^{3,23,26,27}.

O clampeamento tardio do cordão umbilical se torna de grande importância no decorrer do processo de expulsão do bebê, pois está ligado diretamente a melhora dos níveis de ferritina ao nascimento e prevenção a anemia na infância, não tem custo e beneficia a saúde do recém-nascido. A literatura não descreve o tempo que se deve esperar, se sabe que é benéfico até que haja diminuição dos batimentos do cordão com o recém-nascido reativo, sendo esse tempo, em torno de três minutos^{3,28,29}.

O contato pele a pele é benéfico, de um curto a um longo período, pois, além de estabelecer a amamentação, proporciona maior estabilidade térmica do recém-nascido, ajuda na expulsão da placenta e incentiva o vínculo mãe e filho. A proteção que o aleitamento na primeira hora de vida aponta reduz a mortalidade neonatal, pois, um estudo realizado em 67 países recomenda o contato pele a pele em todas as unidades obstétricas^{3,30,31}.

Analisando as práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, o uso da episiotomia de rotina não é indicado, recomendado estritamente o uso quando necessário, pensando nos benefícios e custos que o procedimento pode causar ao corpo da mulher. Torna-se considerável quando os riscos de uma distócia de ombro, parto pélvico, o uso de fórceps ou extrações a vácuo podem causar mais dano ao períneo que o próprio procedimento, então, não é abolido o uso³.

Conclusão

A prática baseada em evidência torna a assistência mais humanizada e capacitada, proporcionando assim, o conforto e confiança a parturiente. Dessa forma, o parto torna-se mais fisiológico e respeitoso. As práticas vivenciadas nas últimas décadas foram práticas intervencionistas, que tornam o parto como um vilão de sofrimento e de péssimas recordações. Neste sentido, busca-se capacitar, orientar e formar profissionais com um olhar diferenciado nessa sociedade fechada ao que se torna hoje ultrapassado^{3,12,13}.

Basear-se nas novas leis, protocolos e evidências científicas vem contribuindo para um enriquecimento dos profissionais, ampliando a sua atuação e melhorando o momento do nascimento. A mulher e o recém-nascido são beneficiados por

uma assistência adequada e uma melhora no estabelecimento dos vínculos, tornado assim, o aleitamento materno mais eficiente e a saúde do bebê mais protegida. Desta forma, o olhar volta-se não apenas ao nascer, mas à puerpera, que necessita de cuidados e atenção quanto à sua saúde e de seu bebê, prevenindo o surgimento de doenças ao recém-nascido^{3,4,15}. Portanto, o cuidado materno-infantil necessita de um olhar ampliado e contínuo, onde a humanização do parto e nascimento sejam realidades permanentes no cotidiano da assistência à saúde e principalmente do enfermeiro obstetra.

Referências

1. Nagahama, Elizabeth ErikoIshida; Santiago, Silvia Maria. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad saúde pública*, v. 24, n. 8, p. 1859-68, 2008.
2. Un General Assembly. Application of the technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal mortality and morbidity. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. General, 30 June 2014. [Acesso em Abril de 2015] Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).
4. Aguiar, Janaína Marques; D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comun Saúde Educ*, v. 15, p. 79-91, 2011.
5. Busanello, Josefina. As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um hospital universitário do extremo sul do Brasil. – 2010. 124f. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande 2010. [Acesso em Maio de 201] Disponível em: <http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TD>

E-2010-04-09T102539Z-

170/Publico/JOSEFINE.pdf>.

6. Oliveira, Andressa Suelly Saturnino de et al., Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 11, 2012.

7. Ministério Da Saúde. Portaria nº. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. *Diário Oficial União*, 2011.

8. Wolff, Leila Regina; Waldow, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saudesoc*, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.

9. Menezes, Paula Fernanda Almeida; Portella, Sandra Dutra Cabral; BISPO, Tania Christiane Ferreira. A situação do parto domiciliar no Brasil. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 1, n. 1, 2012.

10. Mabuchi, Alessandra Santos; Fustinoni, Suzete Maria. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 3, p. 420-6, 2008.

11. Dias, Marcos Augusto Bastos; Domingues, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

12. Diniz, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

13. Gomes, Ana Rita Martins et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Recien-Revista Científica de Enfermagem*, n. 11, p. 23-27, 2014.

14. Teixeira, Neuma Zamariano Fanaia; Pereira, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006.

15. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility based childbirth. Geneva: WHO; 2014. [Acesso em Maio de 2017] Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1.

16. Bowser, Diana; Hill, Kathleen. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, 2010.

17. Possati, Andressa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiros. *Escola Anna Nery*, v.21, n.4. p.

18. Da Silva, Michelle Gonçalves et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 15, n. 4, p. 720-728, 2014.

19. Brasil. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005: Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, v. 1.

20. Sodré, Thelma Malagutti; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher - doi: 10.4025/ciencuicidsaude.v11i5.17062. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 5, p. 115-120, 2012.

21. Santos, Isaqueline Sena; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Rev Enferm UNISA*, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

22. Wei, Chang Yi et al. A percepção de puérperas oriundas da atenção primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino. *O Mundo da Saúde*, p. 468-74, 2012.

23. Carvalho, Vanessa Franco de et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 11, 2012.

24. De Castro, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.

25. Sabatino, Hugo. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 143-148, 2010.

26. Brigagão, Jacqueline I. M.; GOANÇALVES, R.; O Uso de Tecnologias em Obstetrícia: uma leitura crítica. Fazendo Gênero, Santa Catarina. Agosto, 2010. [Acesso em Março de 2015]. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/ais/1278302832_ARQUIVO_fg9_texto_completo%5BBrigagao;Goncalves%5D.pdf>
27. Previatti, Jaqueline Fátima; DE SOUZA, Kleyde Ventura. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 2, p. 197-201, 2007.
28. Martins, Mariana Campos et al. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. Rev Saúde Pública, v. 48, n. 1, p. 10-18, 2014.
29. Mondini, Lenise et al. Efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina em crianças nascidas de mães anêmicas e não anêmicas. Journal of Human Growth and Development, v. 20, n. 2, p. 282-290, 2010.
30. Santos, Luciano Marques dos et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. Rev. bras. enferm, v. 67, n. 2, p. 202-207, 2014.
31. Matos, Thaís Alves et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.